

CALIDAD DEL SERVICIO DE CIRUGÍA EN HOSPITALES TIPO IV DEL ESTADO ZULIA¹

Gonzalo José Matos Vielma^{*} - María Cristina Useche Aguirre^{}**

^{*} Ingeniero en Computación, Magister en Gerencia de Empresas, menciones: Operaciones y Gerencia de Mercadeo. Docente de la Universidad Dr. Rafael Beloso Chacín. Maracaibo, Venezuela. Email: gonzalomatos@gmail.com

^{**} Doctora en Ciencias Económicas. Docente Titular e Investigadora del Centro de Estudios de la Empresa de la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales de la Universidad del Zulia; Maracaibo, Venezuela. Email: mariauseche@yahoo.es

RESUMEN

Analizar la calidad del servicio de cirugía en hospitales tipo IV del estado Zulia fue el objetivo principal de la investigación que se presenta, contrastando las expectativas y la percepción de los pacientes, para valorar el desempeño de la calidad del servicio quirúrgico. El fundamento teórico se enmarca en la gerencia del valor al cliente (Albretch, 1998), apoyada en la aplicación de una entrevista estructurada basada en la técnica SERVQUAL (Parasuraman, Zeithaml, y Berry, 1985), a 180 pacientes seleccionados, a través de un muestreo aleatorio simple de las historias clínicas del primer trimestre 2015. Se concluye falta de seguimiento a los modelos de atención, fallas de supervisión, debilidades en el aprovisionamiento de material médico quirúrgico, en las promesas del servicio, así como en la capacidad de respuesta y en la atención oportuna a demandas y requerimientos de los pacientes; generando niveles de calidad media e insatisfacción en el servicio, afectando negativamente la credibilidad sobre la calidad del servicio prestado, y por ende en la satisfacción del paciente.

I
N
V
E
S
T
I
G
A
C
I
Ó
N

Palabras Clave: Percepción, expectativa, servicio de cirugía, hospitales tipo IV, Zulia.

JEL: M31, I15

Recibido: 24/11/2016

Aceptado: 09/05/2017

¹ Resultados preliminares del Proyecto de Investigación y Trabajo de grado para obtener el título de magister en Gerencia de Empresas Mención Gerencia de Mercadeo, titulado: Calidad del servicio de cirugía en hospitales tipo IV del estado Zulia.

QUALITY OF THE SURGERY SERVICE IN HOSPITALS TYPE IV OF THE ZULIA STATE 1

Gonzalo José Matos Vielma* - María Cristina Useche Aguirre**

* Computer engineer, Master in Business Management, mentions: Operations and Marketing Management. Professor at the University Dr. Rafael Beloso Chacín. Maracaibo, Venezuela.
Email: gonzalomatos@gmail.com

** Doctor of Economics. Full Professor and Researcher Council for Scientific and Humanistic Development (CONDES) and the Center for Enterprise Studies of the Faculty of Economic and Social Sciences of the University of Zulia. Maracaibo, Venezuela.
Email: mariauseche@yahoo.es

ABSTRACT

Analyzing the quality of the surgery service in type IV hospitals in the state of Zulia was the main objective of this research, contrasting the expectations and the patients' perception, in order to evaluate the performance of the quality of the surgical service. The theoretical foundation is framed in the management of customer value (Albretch, 1998), supported by the application of a structured interview based on the SERVQUAL technique (Parasuraman, Zeithaml, y Berry, 1985), to 180 patients selected through a random sampling Of the medical records of the first quarter of 2015. The results shows a lack of follow-up on care models, supervision failures, weaknesses in the provision of surgical medical material, promises of the service, as well as timely attention to demands and requirements of patients, that generate medium levels of quality and dissatisfaction in the service, negatively affecting the credibility of the quality of the service rendered, and therefore in patient satisfaction.

Key words: Perception, expectation, surgery services, hospitals type IV, Zulia.

JEL: M31, I15

1 Preliminary results of the Project of Research to obtain the master degree in business Management Mention Marketing, titled: Quality of the service of surgery in hospitals type IV of the state Zulia.

QUALIDADE DO SERVIÇO DE CIRURGIA EM HOSPITAIS TIPO IV DO ESTADO DE ZULIA 1

Gonzalo José Matos Vielma* - María Cristina Useche Aguirre**

* Engenheiro de informática, Mestrado em Gerenciamento de Empresas, menções: Operações e Gerenciamento de Marketing. Professor da Universidade Dr. Rafael Belloso Chacín. Maracaibo, Venezuela; Email: gonzalomatos@gmail.com

** Doutor em Ciências Econômicas;. Professor e Pesquisador do Centro de Estudos da Companhia da Faculdade de Ciências Econômicas e Sociais; Universidade de Zulia. Maracaibo, Venezuela. Email: mariauseche@yahoo.es

RESUMO

Analisar a qualidade do serviço de cirurgia em hospitais tipo IV do estado de Zulia foi o principal objetivo desta pesquisa, contrastando as expectativas e percepções dos pacientes, para avaliar o desempenho da qualidade do serviço cirúrgico. A base teórica esta no contexto da gestão do valor do cliente (Albretch, 1998), apoiada na aplicação de uma entrevista estruturada baseada na técnica SERVQUAL (Parasuraman, Zeithaml, y Berry, 1985), a 180 pacientes selecionados por amostragem aleatória registros médicos simples do primeiro trimestre de 2015. Se conclui que falta seguimento nos modelos de atenção, falhas de supervisão, pontos fracos na aquisição de equipamento médico-cirúrgico e promessas serviço é concluído, bem como a capacidade de resposta e atenção oportuna às demandas e necessidades dos pacientes; gerando níveis médios de qualidade e insatisfação no serviço, afetando negativamente a credibilidade da qualidade do serviço prestado e, portanto, na satisfação do paciente.

Palavras-chave: Percepção, expectativa, Departamento de Cirurgia, hospital tipo IV, Zulia.

JEL: M31, I15

1 Os resultados preliminares do projeto de investigação e grau de Trabalho para obter o título de magister na Declaração de Gestão de Negócios Gestão de Marketing, intitulado Qualidade da atenção ao serviço cirúrgico em hospitais estaduais tipo IV Zulia.

Introducción

La Secretaria de salud del estado Zulia (2014) declaró que la red de servicios de atención hospitalaria cuenta con 31 establecimientos como sigue: 13 Hospitales tipo I, 9 Hospitales tipo II (4 Maternos, 2 Hospitales de Niños), 6 Hospitales Tipo III (1 Hospital Psiquiátrico, 1 Hospital Especializado Leprocomio), 3 Hospitales tipo IV. Con un total de 2.667 camas hospitalarias arquitectónicas y 2.050 camas hospitalarias operativas, 49 cupos de unidades de cuidados intensivos general y 41 quirófanos operativos.

Además de tener más de 293 ambulatorios entre urbanos y rurales distribuidos en toda la geografía del estado Zulia, sin contar con la red de atención de Barrio Adentro con un aproximado de 382 consultorios populares 51 Centros de Diagnóstico Integral (CDI) (incluyendo Centros de Alta Tecnología (CAT) y Salas de Rehabilitación Integral (SRI)), a pesar de las mejoras y ampliaciones realizadas en los establecimientos estos aún no son suficientes para satisfacer la demanda de los servicios de salud en la región, pues existe un desbalance entre el crecimiento demográfico y la capacidad resolutoria de cada establecimiento. En tal sentido, según el informe de Gestión de la Dirección de Hospitales del estado Zulia (2014) la participación de los servicios públicos de salud en el estado, había crecido significativamente, pasando en el 2014 de 976.387 a 1.078.180 pacientes/año atendidos en la red de Hospitales; además de un incremento en el número de cirugías de 21.990 a 22.815 para el mismo año, de los cuales los hospitales tipo IV atendieron sobre el 33 % del total de éstos pacientes. Este incremento exige mayor esfuerzo por el prestador del servicio que debe cumplir con la exigencia y satisfacción de una población con características propias, siendo entonces en este caso lo que el cliente es para el mercado, el paciente para los hospitales.

La calidad del servicio quirúrgico es una de las características que un Hospital tipo IV tiene para diferenciarse; lo cual puede determinarse conforme a estándares estadísticos de ocurrencia, porcentajes de eficiencia y capacidad de resolución quirúrgica, bien sea por encima o por debajo del promedio, además puede decirse que la calidad en el servicio quirúrgico tiene un fuerte componente subjetivo y emocional; las emociones de los pacientes también pueden afectar sus percepciones, y satisfacción de los

productos y servicios. Estas emociones pueden ser preexistentes, estables, por ejemplo un estado de ánimo o satisfacción con la vida (Zeithaml, Bitner y Gremler 2009).

Ahora bien, según Mejía (2009, p.86):

la calidad del servicio quirúrgico es un tanto compleja pues ésta implica efectividad, eficiencia, calidad científico-técnica, gestión, percepción, expectativas, comunicación, adecuación, coordinación, accesibilidad, disponibilidad, distribución, satisfacción, privacidad, credibilidad, competencia profesional, acreditación, apoyo estructural y seguridad, período de tiempo entre la hora planificada para la intervención quirúrgica y el momento real de la intervención, inconsistencia en los datos de exámenes de laboratorio o preoperatorios, administración apropiada de medicamentos, fallecimiento en quirófano, se encuentran entre las más destacadas.

Además que, cuando no se conoce claramente en qué consiste el procedimiento o tratamiento al que es sometido un usuario, como en el caso del servicio de cirugía, el patrón de comparación podría limitarse, a determinar a través de la emoción si se está conforme o no con tal procedimiento.

De forma complementaria, Semprún (2015) afirma que la calidad del servicio quirúrgico requiere un gran esfuerzo colectivo de disciplina, entre factores técnicos y funcionales. Dentro de los técnicos la documentación de los hechos quirúrgicos y la memoria tecnológica son una de las principales aristas, al igual que la fiabilidad en los métodos de análisis de los mismos; entre tanto los funcionales como infraestructura, insumos y material médico quirúrgico supone la otra parte de la dimensión del servicio. El mismo autor sugiere que para cada factor existen diferentes indicadores que proveen información acerca de la construcción o producción del servicio de cirugía, además del estado en que se producen; indicadores como: cancelaciones y retrasos de cirugía, cambio en la programación, mala planificación del preoperatorio (medicación, pruebas, etc.), problemas de organización de quirófanos, cambio necesario del programa quirúrgico (urgencia, cambio salud del paciente, etc.), no disponibilidad de camas, problemas propios de la salud del paciente, pruebas no realizadas, problemas sociales, proceso quirúrgico, cambio del procedimiento planeado menor al 10%, complicación

preoperatoria, falla en instrumentales, fallo en equipos, fallo de material médico quirúrgico, fallo procedimiento diagnóstico inicial, inasistencia provisional del equipo médico-asistencial, evolución postoperatoria, ventilación mayor de 48 horas.

Sobre la construcción de indicadores en la red hospitalaria del Zulia, Hernández (2015) expresa que se han establecido indicadores, con base al esquema de garantías de calidad que permiten la evaluación de los procesos y servicios; pues si bien es cierto la existencia de estos indicadores referentes a la calidad del servicio quirúrgico, también es cierto que el análisis comparativo y el seguimiento de estos con relación a la inversión por cama quirúrgica, no han sido tomado en cuenta. Esa falta de integración de información limita a la gerencia hospitalaria a tomar decisiones pertinentes y de forma oportuna sobre ese servicio, conllevando reiteradas prácticas que afectan no solo la calidad del servicio quirúrgico, sino que también limita la conciencia de la medición del servicio que se presta, el enfoque basado en los clientes, el diseño de esquemas de prevención acertados, además de interrumpir la búsqueda de la adición de valor en las acciones que definen el servicio quirúrgico.

En este marco, el servicio quirúrgico prestado en los centros asistenciales tipo IV del estado Zulia, se ha visto afectado negativamente por la merma en las condiciones de equipamiento en los últimos tres años, debido a que el presupuesto de inversión en salud para el 2014, estuvo en el orden de los 107 millones de bolívares, para reparar y resarcir una estructura física de las áreas quirúrgicas y de servicios con marcadas señales de deterioro.

Como consecuencia de esto, la Dirección Regional de Epidemiología del estado Zulia (2014) informó que la cifra de pacientes no intervenidos quirúrgicamente en el 2014 cerró con un aproximado de 2.490 pacientes, tomando en cuenta que son pacientes de años anteriores, que de alguna manera no han tenido respuesta quirúrgica y se pasan de un año a otro, incrementando la “deuda quirúrgica” año tras año; estos casos son imputables a diferentes causas, como falta de algún material de osteosíntesis, prótesis o material médico quirúrgico, o por alguna complicación clínica del paciente antes de la intervención; lo que conduce a pensar que la demanda del servicio quirúrgico, a grandes rasgos, evidencia no ser suficiente, siendo que ésta se incrementa rápidamente y la

oferta, en el subsistema público de salud es muy baja, aunado al desconocimiento formal de la percepción y expectativa de aquellos pacientes que sí tuvieron acceso al servicio quirúrgico, que según Zeithaml et al (2009) es una evaluación del cliente, y por ende, determina su satisfacción.

Como consecuencia de lo anteriormente expuesto, podría afirmarse que existe una deuda vinculada a la calidad del servicio quirúrgico en los hospitales tipo IV del estado Zulia. Sin embargo, no había sido establecida la percepción de los pacientes del servicio de cirugía de estos centros hospitalarios, hecho que puede repercutir en los niveles de satisfacción de los mismos, tomando en cuenta que se desconocen las posibles causas que inciden en la calidad de servicio en materia de cirugía. Esto último, evidencia la necesidad de la evaluación de este tipo de servicios. En este sentido y con el propósito de contribuir al análisis de la calidad del servicio de cirugía en hospitales tipo IV del estado Zulia, se adelantó el presente trabajo con el cual se contrastó la percepción y expectativa de los pacientes.

Materiales y Métodos

Se considera el abordaje del trabajo a través de una investigación del tipo analítica, pues se descompuso la variable en dimensiones, a saber: capacidad de respuesta, empatía, fiabilidad, seguridad y tangibilidad, para abordar la misma.

El diseño de investigación empleado fue contemporánea- transeccional, durante el lapso comprendido entre Enero-Diciembre del 2015, tiempo suficiente para realizar todas las fases del proceso de investigación. Para esta investigación por limitaciones económicas y en el acceso a la información se trabajó con una población fue finita, constituida por dos poblaciones que totalizan 3.603 usuarios de las cirugías electivas de complejidad media (II y III), la cual se describe en el cuadro 1.

La muestra fue de tipo probabilística, debido a que las unidades informantes fueron seleccionadas, utilizando la técnica azar simple, con la "(...) se le asignan probabilidades iguales de selección a todos y cada uno de los elementos que componen la población" (Parra, 2006:37). En este sentido, los resultados de la muestra se presentan en la cuadro 1. Se seleccionó la muestra de la población de historias clínicas existentes en los archivos de

registros y estadísticas vitales de cada hospital, correspondiente a las cirugías electivas de los meses de Enero a Mayo de 2015, a través de un método de muestreo probabilístico de azar simple.

Cuadro 1. Población y Muestra de la Investigación

Nombre del hospital	Población quirúrgica estudiada	Tamaño de la Muestra
Hospital IV. Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo (SAHUM)	2.671	93
Hospital IV. Dr. Pedro Iturbe (General del Sur)	932	87
TOTAL POBLACIÓN	3.603	180

Fuente: Registro y estadísticas vitales del Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo (SAHUM (2015). Registro y estadísticas vitales del Hospital Dr. Pedro Iturbe (General del Sur) (2015).

Para la recolección de la información se emplearon fuentes primarias y secundarias. Con respecto, a las fuentes primarias se diseñó un instrumento, tipo cuestionario estructurado, utilizando la escala multidimensional de clasificación continua de 7 categorías.

Para las expectativas el usuario debía calificar de 1 a 7, el grado de importancia que otorga a cada afirmación relacionada con la atención que recibió y que esperaba recibir del servicio, considerando el 1 como la menor calificación y el 7 como la mayor calificación (Malhotra, 2004) en el modelo de servicios de calidad Services Quality Model SERVQUAL, con adaptaciones en el número de reactivos, pues se presentaron 44 en lugar de 21, debido a las particularidades del sector.

Una vez diseñado el instrumento se estimó su validez de contenido mediante el juicio de expertos y se empleó la técnica de alpha de Cronbach para establecer la confiabilidad del mismo, obteniendo el coeficiente de 0,81875, por lo que se puede afirmar que el cuestionario es confiable.

La fuente de información secundaria empleada se basó en la técnica de revisión documental mediante la revisión de documentos institucionales como informes de gestión de los períodos 2014 y primer trimestre 2015, lo cual permitió determinar el entorno de la variable; además de informes epidemiológicos, estado de resultado del movimiento hospitalario de los hospitales tipo IV, entre otros.

Por otra parte, en el modelo para medir la calidad de servicio de acuerdo a Parasuraman et al (1985), denominado SERVQUAL, las organizaciones que satisfacen a sus clientes y establecen relaciones de largo plazo con ellos, son capaces de cerrar la brecha existente entre lo esperado por el cliente y lo recibido; contemplando para ello la posible existencia de cinco tipos de discrepancias o "brechas" mediante las cuales, se pueden localizar áreas de oportunidad en el servicio.

Ahora bien, para estimar el nivel de preponderancia de los resultados de las brechas sobre su propia representación se ha diseñado una escala presentada en el cuadro 2 y que responde a la sumatoria del valor asignado de cada ítem en todos sus niveles, es decir, que cada ítem tiene una ponderación que va del -7 al 7 para cada una de las opciones de respuesta.

Para cuantificar los resultados, se procedió a la construcción de un baremo, siguiendo el proceso descrito por Tapia (2007), para conocer el nivel de preponderancia de la brecha partiendo de la puntuación de las escala de respuesta del instrumento de recolección de datos antes descrito, y de las estimaciones de la brecha, para obtener el tamaño de cada una de las clases.

Este baremo fue utilizado para comparar la media aritmética de las brechas de los indicadores, subdimensiones, dimensiones y la variable con miras a facilitar la interpretación de los resultados obtenidos en la estimación de ésta. Como se observa el valor cuantitativo va desde -7 hasta 7 que son los valores posibles a obtener de la relación expectativa – percepción. Que según Zeithalm et al (2009) determina el nivel de calidad, se ha agrupado de manera homogénea el valor cuantitativo en 3 grupos, puede entonces, calificarse la brecha como alta, media o baja y de ahí inferir el nivel de calidad.

Parasuraman et al (1985) plantean que la brecha sobre la calidad en el servicio, es el tercer modelo para abordar los retos de los servicios en el denominado modelo de las brechas sobre la calidad en el servicio; centrando su atención en las estrategias y en los procesos que las instituciones pueden emplear para alcanzar un servicio de excelencia. El modelo y sus componentes pueden usarse tanto para conducir la estrategia como para poner en práctica las decisiones.

Cuadro 2. Baremo de Interpretación de las brechas

Valor Cuantitativo	MIN	MAX	Valor Cualitativo	Desempeño del servicio
7	6,2	7,14	BAJA	ALTO
6	5,26	6,19		
5	4,32	5,25		
4	3,37	4,31		
3	2,43	3,36		
2	1,49	2,42	MEDIA	MEDIO
1	0,54	1,48		
0	-0,4	0,53		
-1	-1,34	-0,41		
-2	-2,29	-1,35		
-3	-3,23	-2,3	ALTA	BAJO
-4	-4,17	-3,24		
-5	-5,11	-4,18		
-6	-6,06	-5,12		
-7	-7	-6,07		

Fuente: Elaboración propia

La brecha sobre la calidad del servicio es un marco de referencia conceptual con el propósito de abordar los singulares retos que enfrenta el marketing de servicio el cual constituyen la base de una relación natural. Constituir relaciones es, en consecuencia partir de un buen servicio de salud, de allí se derivan todas las técnicas del marketing orientadas al pragmatismo de satisfacer al cliente.

Brecha 1. Conocimiento. Es la diferencia entre las expectativas del cliente del servicio y la comprensión de la institución de éstas expectativas. Es decir la falta de comprensión entre aquello que los consumidores quieren y lo que la institución piensa que quieren.

Brecha 2. Diseño y estándares del servicio. Está relacionada con el pensar de los servidores sobre los deseos y necesidades de los clientes, así como las especificaciones de calidad que éstos crean o le dan al servicio. Esta brecha resulta de la incapacidad de la institución para interpretar las necesidades de los clientes y traducirlas en sistemas de entrega de servicio.

Brecha 3. Desempeño del servicio. Se origina en la incapacidad de la institución y los empleados para realizar las actividades que debían hacer. La causa de esta brecha generalmente son: Fallas en las políticas de reclutamiento y selección de los trabajadores, ambigüedad y conflictos en los roles y responsabilidades que cumple cada trabajador, trabajadores mal capacitados o mal motivados, fallas en los sistemas de remuneración y compensación de los trabajadores, fallas en el entorno del trabajo y ambiente laboral, fracasos en igualar la oferta y la demanda, mezclas inapropiadas de clientes.

Brecha 4. Comunicación. Se refiere a la falta de comunicación integral. La brecha entre lo que la Institución proporciona y lo que se le dice al cliente que proporciona. Esta brecha se origina cuando existen inconsistencia entre la promesa de valor al cliente y la oferta real que se da a éste.

Calidad del Servicio en Salud

Vargas y Aldana (2007) así como Useche y Anis (2012) presentan una síntesis sobre las diferentes escuelas del pensamiento y contribuciones que se han realizado sobre la variable, tanto desde el punto de vista racionalista como empirista, sobre todo en el ámbito de las ciencias sociales, donde la calidad del servicio es un tema cargado de gran susceptibilidad, pues su medición la realiza el ser humano. En tal sentido, se abordó la variable desde la teoría de la gerencia del valor al cliente, pues de acuerdo a Albretch (1998) su postulado se focaliza en ofertar al cliente solo lo que este desea demandar.

Asimismo ocurre en el ámbito de la salud, pues la calidad del servicio es más compleja que cualquier otro ámbito, debido a que se trata de un conjunto de factores que inciden directamente con el bienestar de salud de los pacientes, por lo que son ellos, los agentes informantes idóneos para emitir un juicio de valor sobre el servicio que ofrecen los establecimientos de salud (Lozada y Rodríguez, 2007). Para la Organización Mundial de la Salud (1995, p. 2) la calidad de servicio en salud será posible solo si consideran “un alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, un mínimo de riesgos para el paciente y un alto grado de satisfacción por parte del paciente”; sobre esto, Donabedian (1990) considera la calidad del servicio en este ámbito, como el tipo de atención

que se espera que va a maximizar el bienestar del paciente, una vez tenido en cuenta el balance de ganancias y pérdidas que se relacionan con todas las partes del proceso de atención.

La calidad del servicio para Zeithaml et al (2009) es un elemento básico de la percepción del cliente en el caso de los servicios puros (por ejemplo, atención de la salud, servicios financieros, educación), pues es el elemento dominante en las evaluaciones de los clientes. Advierten que para los clientes la calidad no se percibe de una forma unidimensional, sino más bien juzgan la calidad con base en múltiples factores relevantes para el contexto. Por lo que la calidad del servicio representa el grado de satisfacción de los clientes, con respecto al servicio que recibe, siendo ellos los que definen la calidad y exigen el mejoramiento constante del mismo. En este sentido, Cobra (2000) expresa que la calidad del servicio en salud está determinada por estándares estadísticos de ocurrencia o cura de una enfermedad, por encima o por debajo del promedio, al tiempo que expone sobre el fuerte componente subjetivo y emocional cuando el paciente juzga la atención como representación inicial y espontánea del servicio. Desde este enfoque, los servicios de salud de calidad se conciben como el tratamiento que alcanzará el mejor equilibrio entre los beneficios y los riesgos.

Desde una perspectiva individual, es el usuario quien define la calidad de la atención médica, intervienen sus expectativas y valoración sobre los beneficios y riesgos de la asistencia. En tal sentido, el abordaje del trabajo se fundamentó en una vertiente de la teoría de la excelencia, denominada teoría de la gerencia del valor al cliente (Albretch, 1998), dicha teoría emplea siete criterios de medición cualitativa para evaluar la calidad del servicio, a saber: 1) tangibilidad, 2) seguridad, 3) confiabilidad, 4) responsabilidad, 5) empatía, 6) capacidad de respuesta, y 7) manejo de quejas y reclamos.

Resulta importante destacar que para este trabajo no se consideró la responsabilidad, dado que el acceso al área quirúrgica está restringida y solo tienen acceso los médicos y personal de atención al paciente, aunadamente, se tiene como principio primordial el preservar la vida de todo ser humano que ingresa al servicio de cirugía. Asimismo, tampoco se consideró el manejo de quejas y reclamos, pues las limitaciones espaciales,

técnicas y de personal, entre otros, aunado a los déficits presupuestarios restringen la viabilidad de atender y manejar quejas y reclamos del servicio de cirugía. En tal sentido, las dimensiones abordadas quedan conformadas por: tangibilidad, fiabilidad, capacidad de respuesta y empatía, las cuales son descritas en el cuadro 3.

Cuadro 3. Descripción de las Dimensiones de la calidad de servicio en salud

Dimensiones	Descripción
Tangibilidad	Apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal y materiales de comunicación.
Fiabilidad	Habilidad para ejecutar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa.
Capacidad de respuesta	Disposición de ayudar a los clientes y proveedores de un servicio rápido.
Empatía	Atención, consideración, respeto y amabilidad del personal de contacto.
Seguridad	Niveles de protección del área quirúrgica.

Fuente: Betancourt y Mayo (2010), citados por Álvarez, (2012).

Los criterios antes mencionados serán abordados tanto desde las expectativas como desde la percepción de los pacientes. Para ello es necesario declarar que las expectativas son un conjunto de creencias sobre la entrega del servicio que sirven como estándares o puntos de referencia contra los cuales se juzga el desempeño (Zeithaml et al, 2009). Complementariamente, para Hoffman y Bateson (2012) es la base referencial que dará un atributo de valoración y catalogación del servicio al momento que se recibe el servicio.

Con respecto a la percepción, según Cobra (2000) y Zeithaml y Bitner (2002) lo importante es poder identificar los atributos que más aprecia y valora el usuario sobre su experiencia real del servicio; en este sentido las organizaciones con información precisa sobre la percepción de los clientes con relación a la calidad de sus servicios y productos, pueden tomar mejores decisiones sobre mejoras o desarrollos de nuevos servicios. La percepción de la calidad del servicio es un componente de la satisfacción del cliente. Según Zeithaml y Bitner (2002), las percepciones del cliente son valoraciones subjetivas de experiencias reales de servicio, es decir, cómo

valoran los clientes cuando han experimentado un servicio de calidad. De acuerdo a Grönroos (1984) y Vandamme y Leunis, (1993) la percepción de un paciente es una visión personal y subjetiva sobre la prestación del servicio, la cual determina su nivel de calidad.

Para que haya calidad del servicio debe haber perfecta correspondencia entre la percepción sobre los atributos experimentados por el paciente y las expectativas generadas antes de la intervención quirúrgica en el servicio de cirugía de los hospitales mencionados.

Resultados de la Investigación.

Los resultados obtenidos permiten comparar la valoración entre percepción y expectativas de los pacientes sobre el servicio de cirugía en hospitales tipo IV del estado Zulia. En tal sentido, en la Cuadro 6 se pueden observar las variaciones de las respuestas por indicador, así como por atribuciones del servicio, tanto en expectativa (línea roja) y percepción (línea azul) y su comportamiento en la escala de medición. Igualmente se visualiza el tipo de brecha relacionada.

Al contrastar las percepciones con las expectativas de los pacientes se obtiene la brecha sobre la calidad del servicio, la cual según Zeithaml y Bitner (2002) centra su atención en las estrategias y los procesos que las empresas deben emplear para alcanzar un servicio de excelencia. En el cuadro 4 se puede evidenciar una mayor tendencia negativa en el indicador capacidad de respuesta de los servicios para quirúrgicos, toda vez que los atributos de *rápida respuesta del laboratorio que procesa los exámenes para cirugía*, al igual que los *resultados de atención del Cardiólogo* fueron valorados como baja percepción por 81% y 79% de los encuestados, respectivamente. Caso contrario ocurre con la atención para la evaluación anestésica y con la atención de radiología, que fueron considerados por el 98% de los usuarios para el primero y 100% para el segundo de manera positiva.

Asimismo, el cuadro 4, muestra que la brecha de la capacidad de respuesta es alta en el indicador de *eficiencia en la programación quirúrgica* (-4,11), lo que es indicativo de un nivel de un desempeño del servicio bajo, seguido por la *capacidad de respuesta de los servicios para quirúrgicos* (-1,91), adjudicándole un nivel de brecha medio y un nivel de desempeño

medio; en términos generales la capacidad de respuestas (-2,01) obtuvo una calificación media en cuanto a su nivel de brecha. Datos que reflejan problemas con respecto a la entrega del servicio de manera oportuna, donde la velocidad de respuesta, acompañada con la ejecución de lo planificado en materia quirúrgica, que para Parasuraman, et al (1985), determina el componente de atención y calidad.

Cuadro 4. Comparativo de percepción vs expectativa de Capacidad de Respuesta y Empatía

EXPECTATIVA				Yo esperaba del servicio de cirugía				PROMEDIOS		BRECHA				
				Nada Importante Indif Muy Importante										
PERCEPCION				Yo recibí del servicio de cirugía										
				Muy BAJO		Indif	Muy ALTO							
INDICADOR		ATRIBUTOS DEL SERVICIO		1	2	3	4	5	6	7	X Expectati	X Percep	Brecha	Brecha Relacionada
Capacidad de respuesta de servicios paraquirúrgicos	1. Rápida respuesta del laboratorio que procesa los exámenes para la cirugía										6,33	3,25	-3,09	Del desempeño
	2. Rápida atención del Cardiólogo										6,02	2,80	-3,22	Del desempeño
	3. Rápida atención para la evaluación anestésica										6,29	5,01	-1,28	Del desempeño
	4. Rápida atención de Rx.										6,27	6,22	-0,04	Del desempeño
Sub-total Capacidad de respuesta de servicios paraquirúrgicos											6,23	4,32	-1,91	
Capacidad de respuesta quirúrgica para la atención del caso	5. Rápida atención del personal de enfermería que atiende en el servicio de cirugía										6,05	6,05	0,00	Del desempeño
Sub-total Capacidad de respuesta quirúrgica para la atención del											6,05	6,05	0,00	
Eficiencia en la programación quirúrgica	6. Rápida inclusión en la programación quirúrgica										7,00	2,75	-4,25	Del desempeño
	7. Cumplimiento de las fechas planificadas de la cirugía										6,13	2,98	-3,16	Del desempeño
	8. Información a tiempo sobre cambios de fechas de la operación.										6,90	1,97	-4,93	De la comunicación
Sub-total Eficiencia en la programación quirúrgica											6,68	2,57	-4,11	
TOTAL CAPACIDAD DE RESPUESTA											6,32	4,31	-2,01	
Cortesía del personal médico del servicio de cirugía	9. Buen trato por parte de los médicos del servicio de cirugía										6,09	5,39	-0,70	Del desempeño
	10. Que el médico entendiera mejor mi situación de salud										6,89	6,90	0,01	Del desempeño
Sub-total Cortesía del personal médico del servicio de cirugía											6,49	6,15	-0,34	
Cortesía del personal del servicio de cirugía	11. Buen trato por parte de las enfermeras del servicio de cirugía										7,00	5,48	-1,52	Del desempeño
	12. Atención amable por parte del personal de admisión										6,22	6,22	0,00	Del desempeño
	13. Mayor comprensión por el personal de enfermería										6,02	6,02	0,00	Del desempeño
Sub-total Cortesía del personal del servicio de cirugía											6,41	5,91	-0,51	
TOTAL EMPATIA											6,45	6,03	-0,42	

Fuente: Elaboración propia

Esa calificación media que representa la *eficiencia de la programación quirúrgica* está relacionada con las debilidades que existen en las unidades paraclínicas al servicio de cirugía (laboratorio, atención cardiológica) tales como, baja disponibilidad de personal y particularmente con el atributo del

servicio 1, lo que refiere a la poca disponibilidad de reactivos necesarios para el análisis de las muestras.

En cuanto a la eficiencia en la programación quirúrgica, esta se ve afectada por factores que según Semprún, Hernández y Lizaras (2012) son: 1) Baja disponibilidad de los insumos y material médico quirúrgico en la región. 2) Apatía del personal médico especialista para participar en cirugías. 3) Falta de herramientas automatizadas y sistemas de información que coadyuven en el proceso de planificación quirúrgica.

Al abordar la empatía en el cuadro 4 se percibe una diferencia de (-0,51) en el indicador *cortesía del personal del servicio de cirugía* lo que la posiciona en un nivel de desempeño medio, y una brecha media; es importante mencionar que en promedio para la subdimensión empatía la brecha fue de (-0,42) demostrando un nivel medio en la calidad del servicio, reflejando en la brecha de desempeño aspectos negativos relacionados con la atención directa al paciente, debilitando la interacción humana justamente en el encuentro del servicio, dejando de manifiesto que el protocolo de atención presenta fallas en el diseño e implantación, al tiempo que genera además de percepciones negativas del servicio un comportamiento inadecuado en el paciente. En este sentido, Mejía (1998) expresa que la relación interpersonal “médico-paciente” es una característica fundamental que incide en la calidad del servicio significativamente, debido a los niveles de sensibilidad en los que se encuentran los pacientes en ese servicio y se requiere al máximo la expresión y desarrollo de capacidades humanistas de quienes allí laboran y tienen un contacto directo con los pacientes.

Con relación a la fiabilidad se puede observar en el cuadro 5, que la brecha es de -0,20, ubicándolo en un nivel medio y una calidad del servicio media, donde los indicadores de mayor incidencia fueron: pocas complicaciones después de la cirugía (-0,95) y el de clara explicación del médico cirujano sobre el proceso quirúrgico (0,97), ambos indicadores con un desempeño medio de calidad y un nivel de brecha medio; coincidiendo medianamente con Hoffman y Bateson (2012), en relación al cumplimiento de las obligaciones a las que se comprometen los establecimientos hospitalarios y el equipo médico para la resolución quirúrgica del paciente.

Al abordar la seguridad, la brecha se sitúa en -0.03, es decir, un valor bajo, por lo que de acuerdo al baremo se ubica en el nivel de desempeño medio. Asimismo, se observa que la presencia de todo el personal intervencionista (-0,11), como parte del indicador del cumplimiento del horario por el personal de cirugía, hizo posicionar a la subdimensión seguridad con una brecha media, que indica una calidad del servicio media. Al igual que en la su dimensión anterior se evidenció una calidad deficiente en este caso asociado a un desbalance en la demanda, puesto que se evidenció en informes de los establecimientos, debilidades en la cantidad de personal médico y de enfermería para gestionar oportunamente la demanda, creando un déficit al sincronizar el suministro del servicio con la demanda de éste, estos desbalances se traducen en una saturación de la cola del servicio y percepción negativa de éste.

Al abordar la seguridad se observa que *la presencia del todo el personal intervencionista (-0,11)*, como parte del indicador del cumplimiento del horario por el personal de cirugía, hizo posicionar a la dimensión seguridad con una brecha media, que indica una calidad del servicio media. Siendo este servicio catalogado como de alto riesgo o donde los usuarios se sienten inseguros de poder evaluar de manera directa los resultados (Zeithaml et al, 2009).

Sin embargo, en el indicador de seguridad del personal sí se percibió un desempeño alto, al obtener una brecha de 0.00, con ello se evidencia el cumplimiento de los requisitos arquitectónicos y de equipamiento para establecimientos de salud médico asistenciales en Venezuela (1998), que establece las diferencias y restricciones sobre los espacios físicos y se delimita la accesibilidad a los mismos. En este sentido, la unidad quirúrgica mantuvo la circulación restringida, manteniendo características y grados de restricción en las mismas, las cuales requieren delimitación clara para que se mantengan las condiciones de asepsia y ambiente estéril que demanda cada una de ellas. Esta circulación restringida que asegura condiciones de asepsia y ambiente estéril brinda la seguridad necesaria que se ve reflejada en la presencia de personal de vigilancia que limita el acceso en las áreas de cirugía de los hospitales objeto del estudio.

Cuadro 5. Comparativo de percepción vs expectativa de Fiabilidad y Seguridad

E X P E C T A T I V A		Yo esperaba del servicio de cirugía						PROMEDIOS		BRECHA		
		Nada Importante Indif Muy Importante										
P E R C E P C I O N		Yo recibí del servicio de cirugía										
INDICADOR	ATRIBUTOS DEL SERVICIO	Muy BAJO Indif Muy ALTO						X Expectati	X Percep	Brecha	Brecha Relacionada	
		1	2	3	4	5	6					7
Efectividad del Tratamiento quirúrgico	14. Mejoría con la cirugía								6,99	6,98	-0,01	Brecha del Proveedor: Del desempeño
	15. No regresar de nuevo a otra cirugía por la misma enfermedad								6,99	6,98	-0,01	Brecha del Proveedor: Del
Sub-total Efectividad del Tratamiento quirúrgico									6,99	6,98	-0,01	
Frecuencia de complicaciones postquirúrgicas	16. Pocas complicaciones despues de la cirugía								6,95	6,01	-0,95	Brecha del Proveedor: Del
	17. Pocas infecciones despues de la cirugía								6,98	6,98	0,00	Brecha del Proveedor: Del
Sub-total Frecuencia de complicaciones postquirúrgicas									6,97	6,49	-0,47	
Competencias técnicas para prestar el servicio por parte del personal médico asistencial	18. Que el personal medico conociera sobre el manejo de los equipos.								6,05	6,05	0,00	Brecha del Proveedor: Del
	19. Clara explicacion del medico tratante sobre mi diagnostico								6,99	6,99	0,00	Brecha del Proveedor: De la
Sub-total Competencias técnicas para prestar el servicio por parte									6,52	6,52	0,00	
Competencias técnicas para prestar el servicio por parte del personal médico intervencionista	20. Clara explicacion del medico cirujano sobre el proceso quirurgico								6,99	6,02	-0,97	Brecha del Proveedor: De la
	21. Adecuado uso de los equipos, por el personal de enfermeria del servicio de cirugía								6,25	6,25	0,00	Brecha del Proveedor: De la
Sub-total Competencias técnicas para prestar el servicio por parte									6,62	6,13	-0,48	
Precisión en el tratamiento quirúrgico	22. Las curas de mis heridas a tiempo, por parte de las enfermeras								6,99	6,99	0,00	Brecha del Proveedor: Del
	23. Aplicación tratamiento a tiempo por el personal de enfermería despues de la cirugía								6,99	6,98	-0,02	Brecha del Proveedor: Del
Sub-total Precisión en el tratamiento quirúrgico									6,99	6,98	-0,01	
TOTAL FIABILIDAD									6,82	6,62	-0,20	
Cumplimiento de horario del personal de cirugía	24. Presencia de todo el personal intervencionista (medico especialista y enfermeria) el día de la cirugía								6,13	6,02	-0,11	Brecha del Proveedor: Del desempeño
	25. Cumplimiento del horario del cirujano								6,02	6,02	0,00	Brecha del Proveedor: Del
Relacion medico paciente	26. Interes del medico cirujano por resolver el caso								6,99	6,99	0,00	Brecha del Proveedor: Del
Frecuencia de monitoreo postoperatorio	27. Chequeo medico con frecuencia después de la cirugía								6,20	6,20	0,00	Brecha del Proveedor: Del
TOTAL SEGURIDAD									6,34	6,31	-0,03	

Fuente: Elaboración propia.

Ahora bien, analizando los aspectos de la dimensión tangibilidad se observa en el cuadro 6, que el indicador de mayor relevancia es el de tecnología empleada para la *resolución quirúrgica* (-2,07) que ubica una brecha media y un nivel de calidad del servicio media, seguido en el mismo nivel de calidad por el indicador *existencia de insumos para cirugía* (-2,01). Los indicadores de *accesibilidad al servicio* (-1,62) y *funcionamiento del equipo médico* (-1,11), respectivamente.

Cuadro 6. Comparativo de percepción vs expectativa de la Tangibilidad

E X P E C T A T I V A		Yo esperaba del servicio de cirugía						PROMEDIOS		BRECHA		
		Nada Importante Indif Muy Importante										
P E R C E P C I O N		Yo recibí del servicio de cirugía										
INDICADOR	ATRIBUTOS DEL SERVICIO	Muy BAJO Indif Muy ALTO							X Expectat	X Percep	Brecha	Brecha Relacionada
		1	2	3	4	5	6	7				
Accesibilidad al servicio	28. Fácil acceso al hospital el día de la operación.								6,12	6,00	-0,12	Del diseño y estándares del servicio
	29. Hospitalización rápida para la operación								6,11	3,00	-3,11	Del diseño y estándares del servicio
Sub-total Accesibilidad al servicio									6,12	4,50	-1,62	
Funcionamiento del equipo medico	30. Buen funcionamiento de los equipos medicos en las areas de cirugía								6,08	4,97	-1,11	Del diseño y estándares del servicio
Sub-total Funcionamiento del equipo medico									6,08	4,97	-1,11	
Funcionamiento del mobiliario medico	31. Buen funcionamiento de las camas quirurgicas y otros muebles del area de cirugía								6,00	6,00	0,00	Del diseño y estándares del servicio
Funcionamiento del mobiliario medico	32. Buen funcionamiento de equipos de aire acondicionado de las areas de cirugía								6,00	5,00	-1,00	Del diseño y estándares del servicio
Sub-total Funcionamiento del mobiliario medico									6,00	5,50	-0,50	
Infraestructura quirúrgica necesaria según la intervención	33. Mejor iluminación en las areas quirurgicas								6,02	6,02	0,00	Del diseño y estándares del servicio
Sub-total Funcionamiento Infraestructura quirúrgica necesaria									6,02	6,02	0,00	
Mantenimiento Higiene y limpieza de las áreas quirurgicas	34. Cumplimiento de las normas de higiene en las areas quirurgicas								6,71	6,01	-0,70	Del diseño y estándares del servicio
	35. Apariencia limpia en el area de cirugía								6,02	6,00	-0,02	Del diseño y estándares del servicio
	36. Olor a cloro, característico de las areas quirurgicas								6,98	6,00	-0,98	Del diseño y estándares del servicio
	37. Apariencia limpia en la ropa del personal del servicio de cirugía.								6,02	6,02	0,00	Del diseño y estándares del servicio
Sub-total Funcionamiento Mantenimiento Higiene y limpieza de las									6,43	6,01	-0,43	
Existencia de insumos para cirugía	38. Me dieran todo el material medico-quirurgico necesario para la cirugía								6,00	3,00	-3,00	Del desempeño
	39. Me dieran en el hospital, todos los medicamentos que me indico el medico								7,00	3,06	-3,94	Del desempeño
	40. Conseguir lencería limpia en las areas quirurgicas								5,02	5,94	0,92	Del desempeño
Sub-total Existencia de insumos para cirugía									6,01	4,00	-2,01	
Numero de quirófanos operativos	41. Funcionamiento de los quirofanos el día de la cirugía								6,10	6,10	0,00	Del diseño y estándares del servicio
Sub-total Numero de quirófanos operativos									6,10	6,10	0,00	
Seguridad personal del usuario	42. Vigilantes en las entradas y accesos a las areas de cirugía								5,33	5,02	-0,32	Del diseño y estándares del servicio
	43. Restricciones de acceso en las areas del quirofano para personas no autorizadas								6,02	6,02	0,00	Del diseño y estándares del servicio
Sub-total Seguridad personal del usuario									5,68	5,52	-0,16	
Tecnología empleada para resolución quirúrgica	44. Equipos de alta tecnología acorde con las necesidades de la cirugía								6,07	4,00	-2,07	Del diseño y estándares del servicio
Sub-total Tecnología empleada para resolución quirúrgica									6,07	4,00	-2,07	
TOTAL TANGIBILIDAD									6,06	5,18	-0,88	
TOTAL DESEMPEÑO DE LA CALIDAD DEL SERVICIO QUIRURGICO EN HOSPITALES TIPO IV DEL ESTADO ZULIA									6,40	5,69	-0,71	

Fuente: Elaboración propia

En líneas generales la tangibilidad se posiciona con un (-0,88) en un nivel medio de calidad, esto provoca además de la mala percepción del servicio, un ambiente de servicio deficiente, afectación en el desempeño por falta de insumos para garantizar una entrega de servicios a completitud, además que promueve la distorsión en los protocolos de atención, mecanismos y sistemas de fiabilidad del servicio por conductas inapropiadas del paciente y su grupo familiar quien toma ese componente del servicio para garantizar el bienestar del paciente en materia quirúrgica.

Lineamientos para Mejorar la Calidad del Servicio de Cirugía

Después de revisar el resultado de la investigación, se considera importante presentar dos nuevos lineamientos de mercadeo para mejorar la calidad del servicio de cirugía en los hospitales tipo IV del estado Zulia y sus acciones operativas como sigue:

1. Enfoque del servicio basado en calidad de atención al paciente
 - *Enfoque orientado al paciente:* Todo lo que se realice en el área quirúrgica debe estar enfocado a los pacientes y sus familiares directos, demostrando que ellos son la razón de ser y que el servicio de cirugía se esmera en ofrecer capacidad resolutive en cada caso y que para el equipo humano del servicio, es tan importante como el trato, la empatía y/o la fiabilidad. Esto ayudará a cerrar las brechas de desempeño.
 - *Integración de la red de servicios:* Integrar a otros establecimientos de salud de la red de servicios hospitalarios, para coadyuvar el proceso de planificación quirúrgica y le provean información sobre el estado de resultado del seguimiento al postoperatorio. Esto garantiza en parte el cierre de las brechas de desempeño, además de establecer alianzas que le permitan intercambiar inventario de material y equipamiento con base en la relación de la oferta y la demanda.
 - *Diseñar e implantar estándares del servicio definidos por el cliente y diseñar la evidencia física y el ambiente del servicio,* con el fin de cubrir las expectativas de los pacientes con base en la normativa técnica vigente. Mediante esta acción la brecha de estándares y diseño se minimiza. Los estándares, dependen de cuáles tareas y

comportamientos efectuados se pueden estandarizar o llevar a cabo rutinariamente, muchas tareas son rutinarias pero otras no, lo ideal es a través de protocolos de atención al paciente quirúrgico. La evidencia física comprende las instalaciones, exteriores e interiores del área quirúrgica, espacios de circulación y permanencia y definición de zonas, con base en las normativas técnicas vigentes y los recursos disponibles.

- *Diseñar e implantar programas de gestión del talento humano basado en competencias*, con el fin de cubrir las expectativas de los pacientes en cuanto a confiabilidad y seguridad. Esto contribuye positivamente en mejorar la calidad de vida de los trabajadores que prestan el servicio, manteniéndolos motivados y orientados al alcance las metas, con sistemas de beneficios y compensaciones ajustados a la realidad y al producto del trabajo. Esta acción reduce significativamente la brecha del conocimiento y la brecha del desempeño del servicio, facilitando las mejoras en la producción del servicio quirúrgico por parte del equipo médico asistencial.

2. *Plan integral de comunicación:*

Regida por el aspecto de la comunicación donde se haga saber acerca de la institución, el servicio que se presta, cómo y dónde se presta, además de los tiempos de respuesta, de esta manera se establecerán los acuerdos de servicio y se orienta la reducción de la brecha de comunicación

- *Involucrar a la comunidad en los planes*, transmitir el interés por servir mejor y con calidad, estimular a la participación, demostrar que sus derechos son respetados y tomados en cuenta. La comunidad puede ser vigilante del buen funcionamiento, si los resultados van a ser usados en su beneficio. Esto ayudará positivamente a minimizar la brecha de comunicación y la de diseño de estándares
- *Desarrollar programas de comunicación y promoción hacia el paciente y personal del servicio de cirugía* con el fin de motivarlos a participar y mejorar la oferta del servicio. Estas acciones coadyuvaran en la disminución de los índices negativos de la brecha de comunicación y la del desempeño.

- *Hacer encuestas y divulgar los resultados al personal:* Esta estrategia tiene mucho poder y afecta de manera positiva la brecha del desempeño y la brecha de la comunicación. El hecho de que el personal pueda conocer sus resultados de forma sencilla, permite aplicar acciones correctivas, para impartir el servicio y su relación con el plan operativo de la institución.

Conclusiones

En líneas generales la calidad del servicio quirúrgico mostró debilidades y deficiencias que dieron origen a diferentes brechas dentro del servicio de cirugía de dos hospitales tipo IV abordados en el estado Zulia, generando diferencias entre las expectativas y las percepciones de los pacientes.

De acuerdo a los resultados obtenidos se tiene en promedio una brecha de (-0,71) (ver cuadro 6), lo que significa un nivel de brecha media y un desempeño medio de la calidad de servicio en la gestión de cirugía de los dos hospitales tipo IV, esto implica una serie de situaciones, tales como: 1) Riesgo en el bienestar y salud de los usuarios del servicio, toda vez que la cirugía constituye el nivel de tratamiento de mayor nivel para un diagnóstico. 2) Debilidades en el sistema de atención especializada del sector de salud pública. 3) Incremento acelerado de la demanda del servicio por falta de resolución. 4) Incremento de la tasa de reingreso a cirugía.

Al contrastar la valoración entre percepción y expectativas de los pacientes se evidencia la sensibilidad de capacidad de respuesta en las brechas del desempeño del proveedor del servicio, con valores críticos de insatisfacción, los datos también sugieren que el indicador de hospitalización rápida para la operación un nivel medio de calidad probablemente por los tiempos de respuesta y el protocolo actual para el proceso de admisión del paciente al servicio, sin dejar atrás los tiempos de resolución quirúrgica. Esto coloca en evidencia que un paciente demora mucho tiempo en poder tener acceso al servicio medular como tal, es decir tarda mucho en las actividades pre quirúrgicas, pero luego que es incluido en la programación las expectativas crecen aún más y en teoría los tiempos de respuestas deberían ser menores; sin embargo, en las revisiones documentales se pudo constatar la presencia de más de centenar de casos quirúrgicos sin resolver por diferentes causas. La falta de comunicación entre el personal técnico del

servicio con relación a la planificación y programación quirúrgica, evidenció debilidades en la brecha de comunicación y en la brecha del desempeño.

En materia de cortesía y empatía a pesar que el indicador global de la subdimensión es relativamente bajo, se evidencian fallas en el trato del personal de enfermería, lo que supone debilidades de calidad que inciden con una brecha del desempeño.

Se puede afirmar que la calidad del servicio quirúrgico en los dos hospitales tipo IV del estado Zulia se ve afectada por las fallas presentes en insumos, promesas, planificación del servicio, capacidad de respuesta, así como fallas en el trato del personal de enfermería, lo que supone debilidades en la calidad, afectando negativamente las percepciones y opiniones generales que tienen sobre el servicio ofrecido.

Como recomendación y con el propósito de cerrar las brechas existentes en las diferentes dimensiones del servicio, se recomienda elaborar un conjunto de lineamientos, que permitan el mejoramiento de los niveles de atención y el enfoque hacia el paciente, los mismos, deben estar diseñados para obtener el equilibrio entre el servicio deseado y el servicio adecuado, buscando siempre las mejores alternativas de servicio percibidas por el paciente, soportadas en promesas de valor reales, flexibles y cónsonas con la realidad del proveedor del paciente y del entorno.

Referencias bibliográficas

- Albrecht, Karl. (1998). *La revolución del servicio*, Bogotá: 3R Editores.
- Alvarez, Francisco. Calidad y auditoria en salud (2012). Segunda edición. Bogotá Colombia: Editorial ECOE
- Cobra, Marcos. (2000). *Marketing de servicios* (2.^a ed.) Bogotá: McGraw Hill Interamericana.
- Dirección de hospitales de la secretaria de salud del estado Zulia (2014). Informe de gestión hospitalaria 2014. Maracaibo – Venezuela.
- Dirección Regional de Epidemiología de la secretaria de salud del estado Zulia (2014). Informes epidemiológicos semanas epidemiológicas (27) 19 a 46. Maracaibo Venezuela.

- Donabedian, Avedis. (1990). La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. *Salud Pública. España*. 3-6,78p.
- Grönroos, Christian. (1984). A service quality model and its marketing implications. *European Journal of Marketing*. 18, 36-44.
- Hernández, Alexander. (2015). Entrevista personal. Adjunto a la dirección de Hospitales del Estado Zulia. Secretaria de Salud del Estado. Maracaibo – Venezuela. Fecha: 27 de febrero de 2015.
- Hoffman Douglas y Bateson John. (2012). *Marketing de servicios: Conceptos, estrategias y casos*. Cuarta edición. México. Editorial Cengage Learning
- Hospital General tipo IV: Dr. Pedro Iturbe. Planificación Quirúrgica, Primer Semestre 2015.
- Lozada, Mauricio y Rodríguez, Augusto. (2007). Calidad del servicio de salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing. *Revista Cuadernos de Administración*. Bogotá (Colombia), 20 (34): 237-258, julio-diciembre.
- Malhotra, Naresh. (2004). Investigación de mercado. Un enfoque práctico. México. Editorial Prentice Hall.
- Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. (1998). Normas que establecen los requisitos arquitectónicos funcionales del Servicio de Quirófanos de los establecimientos de salud médico-asistenciales Públicos y Privados. Resolución N° SG-766-98. Gaceta Oficial Ordinaria No 36.574 del 04 de noviembre de 1.998.
- Mejía, Braulio. (2009). Auditoría médica para garantía de la calidad en salud. Quinta edición. Bogotá Colombia: Editorial ECOE.
- Organización Mundial de la Salud (1995) La Introducción de un componente de salud en la atención primaria. Ginebra: OMS.
- Parra, Javier. (2006). Guía de Muestreo. Tercera Edición. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales de la Universidad del Zulia. Maracaibo-Venezuela.

- Parasuraman, Valarie; Zeithaml, V., y Berry, J. (1985). A conceptual model of service. Quality and its implications for future research". En: Journal of Marketing, 4, 49: 41-50.
- Secretaría de Salud del Estado Zulia (2014). Informe anual sobre la red de servicios de salud del estado Zulia. Maracaibo – Venezuela.
- Semprun, Karin. (2015). Entrevista personal. Adjunta a la dirección de hospitales del estado Zulia. Secretaria de salud del estado Zulia. Maracaibo – Venezuela. Fecha: 25 de febrero de 2015.
- Semprún, Karin, Hernández Alexander y Lizaras Cira (2012). Indicadores de la gestión quirúrgica en el estado Zulia. Secretaria de salud del estado Zulia. Maracaibo– Venezuela. Fecha: 25 de Mayo de 2012.
- Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo (SAHUM) (2015). Planificación Quirúrgica, Primer semestre.
- Tapia, José (2007) Introducción al Análisis de Datos con SPSS para Windows. Ediciones Universidad Ezequiel Zamora, Barinas Venezuela.
- Useche, María y Anis, Indrid. (2012). Calidad de servicio de la gestión de procura de Petróleos de Venezuela, S. A. Revista Universidad & Empresa. No. 23, p. 91-122.
- Vandamme, Leunis. (1993). Development of a multiple-item scale for measuring hospital service quality. International Journal of Service Industry Management.4 (3), 30-40.
- Vargas, Martha. y Aldana, Luzángela. (2007). Calidad y servicio. Conceptos y herramientas. . Colombia. Ediciones ECOE.
- Zeithaml, Valarie, y Bitner, Mary Jo. (2002). Marketing de Servicios (2.^a ed.).México D. F.: Mc Graw Hill.
- Zeithaml, Valarie; Bitner Mary Jo y Gremler Dwayne. (2009). Marketing de Servicios. 5ta. Edición, México: Editorial Mc Graw Hill.

